

KAJIAN KEMAMPUAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN DALAM PELAKSANAAN OTONOMI DAERAH DI PROPINSI NTB

(Soemartono, Didi Budianto dan Evie Sopacua)

ABSTRACT

The urgent and complexity challenge in implementation the UU No. 22/1999 about Governmental Autonomy, is the ability of health human resources to be entrepreneur, leader and manager. Data and information showed that health human resources is not well proper with those kind of ability which is needed to handle the impact of governmental autonomy in health services. This study is to assess those ability of health human resources in Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Puskesmas and Rumah Sakit Umum Kabupaten/Kota, through anquette, depth interviews and secondary data review.

Result of this study showed that 51.40% of respondent have less of entrepreneurship ability, specially in the components of marketing, taking risk and job orientation. There are 62.90% respondents with the less ability of leadership, mostly in the supportive and prestige orientation components. The ability to manage conflict, 80% respondent is also in the less category. Strategic management ability that has been assessed through the strategic plan in each institutions showed that it is not as in the normative form of this study.

Conclusions of this study is that health human resources has less ability to entrepreneur, lead and manage. Suggestion of this study is to continue the process in managing health services with capacity building through training specially in the marketing component of entrepreneurship. Also an upgrading course on applied strategic management process through development of strategic planning in Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Puskesmas and Rumah Sakit Umum Kabupaten/Kota.

Key words: *entrepreneurship, human resources*

PENDAHULUAN

Dalam Undang-Undang No. 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah diberikan kewenangan kepada kabupaten/kota untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat di daerah tersebut menurut prakarsa sendiri dengan memperhatikan aspirasi masyarakat

sesuai dengan perundangan yang berlaku. Undang-undang tersebut membawa dampak yang luas terhadap pelaksanaan tugas dan wewenang pihak penyelenggara pemerintah kabupaten/kota baik pihak eksekutif maupun legislatif. Eksekutif sebagai pelaksana kebijakan memiliki tugas dan wewenang yang semakin besar sedangkan legislatif

dituntut memperketat pengawasan pelaksanaan kebijakan oleh para eksekutif.

Pelaksanaan UU No. 22 tahun 1999 ditindak lanjuti dengan PP No. 25 tahun 2000 yang pada Bab II pasal 2 mengatur tugas dan wewenang desentralisasi bidang kesehatan pada daerah provinsi selaku daerah otonom. Selanjutnya Surat Edaran Menteri Kesehatan No. 1107/ Menkes/E/VII/2000 mengatur tugas dan wewenang dekonsentrasi bidang kesehatan pada daerah provinsi sebagai wilayah administrasi dan daerah kabupaten/kota sebagai daerah otonom. Sebagaimana yang digariskan dalam UU No. 22 tahun 1999 dan PP No. 25 tahun 2000, adalah bahwa dalam desentralisasi bidang kesehatan daerah mendapatkan tugas dan wewenang yang sangat besar.

Desentralisasi bidang kesehatan dimaksudkan untuk lebih mengoptimalkan pembangunan bidang kesehatan dengan cara lebih mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dengan sistem desentralistik diharapkan program pembangunan kesehatan lebih efektif dan efisien serta menyentuh kepada kebutuhan kesehatan riil masyarakat. Hakekat desentralisasi juga sesuai dengan paradigma sehat yang ditetapkan sebagai model pembangunan kesehatan di Indonesia yaitu pembangunan kesehatan yang mengutamakan upaya-upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Depkes, 2001).

Walau demikian, keberhasilan pelaksanaan desentralisasi kesehatan

tergantung pada kesiapan daerah untuk dapat menerapkannya. Berdasarkan fungsi dan kewenangan yang dimiliki kabupaten/kota dan visi dan misi pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010, ada tiga elemen masyarakat pokok di daerah dituntut kesiapannya dalam memahami hakekat dan tujuan desentralisasi kesehatan sehingga pelaksanaannya di daerah dapat berjalan sesuai dengan harapan. Ketiga elemen tersebut adalah Dinas Kesehatan, DPRD dan masyarakat. Ketiga elemen ini dalam persiapan pelaksanaan desentralisasi perlu menetapkan beberapa hal dan kondisi diantaranya sistem kesehatan daerah.

Sistem kesehatan daerah (kabupaten/kota) ditentukan oleh pelaku dalam sistem ini yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, RS Kabupaten/kota, Puskesmas, institusi pelayanan kesehatan lainnya, institusi pelayanan kesehatan swasta, lembaga eksekutif, legislatif, lintas sektor, dan masyarakat penerima pelayanan. Karena penerapan desentralisasi sektor kesehatan, selain mengacu kepada yakni UU No. 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah, UU No. 25 tahun 1999 tentang Dana Perimbangan Pusat dan Daerah, PP No. 25 tahun 2000 Kewenangan Pusat dan Provinsi juga mengacu pada UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan dan SK Menkes dan Kesos No. 1747 tahun 2000 tentang Standar Pelayanan Minimal kabupaten/kota, yang menyebabkan pelaku sistem kesehatan daerah harus memperhatikan peningkatan kinerja

sistem, yaitu peningkatan mutu, efisiensi, dan pemerataan (keadilan).

Tantangan yang paling kompleks dan sangat urgen sebagai bagian yang mendukung terlaksananya penerapan otonomi daerah adalah aspek kemampuan sumber daya manusia (SDM), dan sistem penempatan, rekrutmen atau mutasi dalam rangka pengembangan sumber daya manusia tersebut. Hasil penelitian Gilsons (1994) menunjukkan bahwa secara politis otonomi daerah dapat cepat dilakukan, namun secara praktis perlu perubahan yang *incremental*, khususnya dalam pengembangan sumber daya manusia yang terlibat didalamnya. Demikian pula menurut Prud'Homme & Mc Lure (1995) bahwa dalam keadaan otonomi daerah diperlukan berbagai keterampilan baru. Tanpa ada keterampilan-keterampilan ini aplikasi otonomi daerah mungkin tidak dapat dilakukan dan justru membahayakan lembaga. Keterampilan baru dan sistem penempatan, rekrutmen serta mutasi tenaga inilah yang memicu pertanyaan mengenai kebutuhan pelatihan dan kecakapan manajemen bagi para pimpinan lembaga pelayanan kesehatan.

Beberapa hal menarik yang terkait dengan diberlakukannya otonomi daerah (otoda) khususnya dalam pelaksanaan desentralisasi kesehatan yaitu:

1. Adanya otoda cenderung membawa lembaga seperti RS, Puskesmas termasuk Bapelkes ke arah *entrepreneurship* (Mills dkk, 1989). Sementara itu untuk Dinas

Kesehatan Kabupaten/kota akan cenderung menjadi lembaga birokrat yang harus memahami *good governance* atau kemungkinan menjadi *holding company* dari puskesmas-puskesmas dan berbagai lembaga pelayanan kesehatan lainnya.

2. Dari point pertama di atas terlihat bahwa adanya kemungkinan perubahan ke arah dua kutub yang berbeda, yaitu kutub birokrasi dan kutub lembaga usaha dan masing-masing mempunyai kultur yang berbeda. Bila kondisi ini tidak dipahami oleh para pimpinan lembaga kesehatan di daerah khususnya, akan dapat mengacaukan hubungan antar dan inter lembaga.

Keadaan di atas menunjukkan bahwa peningkatan keterampilan dan kecakapan manajerial para pimpinan lembaga kesehatan kabupaten dan kota sebaiknya diarahkan kepada keterampilan manajerial yang bersifat menciptakan suatu usaha, mengelola perubahan (*management change*) dan mengelola aspek sosial, budaya dan politik organisasi. Dengan memiliki sumber daya manusia yang mempunyai keterampilan sebagaimana disebutkan diagram di bawah ini (gambar 1), dan ditunjang dengan sistem penempatan, rekrutmen serta mutasi sumber daya manusia, diharapkan optimalisasi dari kinerja organisasi dapat tercapai.



Gambar 1. Keterampilan sumber daya manusia yang dibutuhkan dalam era desentralisasi kesehatan

Dalam mencapai keterampilan menciptakan suatu usaha, mengelola perubahan dalam institusi atau mengelola aspek sosial politik budaya masyarakat sekitar institusi maka para pemimpin di daerah kabupaten/kota haruslah mempunyai bekal yang cukup tinggi dalam aspek kepemimpinan, *entrepreneurship* dan manajerial yang handal.

Gambaran tentang sumber daya manusia dalam era desentralisasi kesehatan dari penelitian Purwani, dkk., di Kabupaten Maluku Tenggara Barat (2001) tentang aspek manajerial menemukan bahwa sebagian besar institusi pelayanan kesehatan butuh pelatihan manajemen dan penambahan sumber daya manusia, tenaga kurang terampil dan berkualitas rendah, kualitas sumber daya manusia yang ada belum sesuai dengan tugas dan kewenangannya, kemudian hanya ada satu orang S1 Manajemen dari 14 puskesmas yang ada. Hasil penelitian Cholis, dkk., di Kabupaten Malang dan Pasuruan (2001) menunjukkan adanya kebutuhan pelatihan Manajemen khususnya

perencanaan, penganggaran dan keinginan Puskesmas untuk merencanakan sendiri sumber daya manusia yang dibutuhkan. Kajian tentang desentralisasi oleh Laksono pada tahun 2000 menemukan kebutuhan akan perubahan cara pandang dalam bekerja, kebutuhan keterampilan mengelola sumber daya manusia, kebutuhan keterampilan manajemen strategik dan kebutuhan keterampilan manajemen perubahan.

Tentang aspek kepemimpinan (*leadership*), dalam kajian tentang desentralisasi oleh Laksono tahun 2000, menunjukkan adanya kebutuhan kemampuan persuasif dan komunikasi personal, kebutuhan keterampilan penggalangan komitmen dan tim building serta kebutuhan pengembangan kepribadian pimpinan. Hasil penelitian tentang kemampuan sumber daya manusia dalam aspek kewirausahaan (*entrepreneur*) oleh Purwani, dkk., (2001) menemukan bahwa sebagian besar institusi kesehatan menjawab perlu jiwa kewirausahaan dan oleh Laksono (2000) menemukan adanya kebutuhan keterampilan negosiasi dan lobi dan kebutuhan keterampilan pemasaran.

Dari data yang disebutkan di atas terlihat bahwa masalah mendasar berkaitan dengan kemampuan manajerial, kepemimpinan dan *entrepreneurship* adalah belum terpenuhinya kebutuhan SDM yang memiliki ketiga aspek tersebut.

Menurut Geoffrey *et al*, (1984) yang dimaksud dengan kemampuan kewira-

usaha (*Entrepreneurship*) adalah kemampuan seseorang untuk melihat dan menilai kesempatan-kesempatan, berorientasi pada tindakan dan hasil, berani mengambil resiko dalam mengejar tujuannya, ketidaktergantungan dan berwatak optimistik serta mudah bergaul dengan orang lain dengan berpandangan secara perseptif. Kemampuan kepemimpinan (*Leadership*) adalah kemampuan untuk mempengaruhi, menggerakkan, dan mengarahkan suatu tindakan pada diri seseorang atau sekelompok orang untuk mencapai tujuan tertentu pada situasi tertentu (Abisujak, 1990; James J. Cribbin, 1981). Sedangkan kemampuan manajerial adalah kemampuan seseorang dalam mengelola suatu organisasi/institusi baik dari input ataupun prosesnya dengan segala bentuk konflik dan perubahan dalam organisasi tersebut (Liz Clare, 1999; Hani Handoko, 1984).

Kajian ini dilaksanakan untuk mempelajari sampai berapa jauh kemampuan manajerial, kepemimpinan dan *entrepreneurship* telah terpenuhi sebagai kebutuhan SDM yang harus dimiliki, khususnya SDM kesehatan.

TUJUAN DAN MANFAAT

Tujuan Umum

Mempelajari sampai berapa jauh kemampuan Sumber Daya Manusia dalam rangka mengembangkan Sumber Daya Manusia menuju suatu pola/sistem

kesehatan daerah kabupaten/kota dalam pelaksanaan desentralisasi kesehatan di era otonomi daerah.

Tujuan Khusus

Dalam kajian ini akan dipelajari sampai berapa jauh:

1. Kemampuan *entrepreneurship* sumber daya manusia lembaga kesehatan dalam menciptakan usaha meliputi keberanian mengambil resiko, optimisme, pemasaran, orientasi hasil dan tugas serta negosiasi-lobbi.
2. Kemampuan kepemimpinan (*leadership*) sumber daya manusia lembaga kesehatan dalam mengelola suatu perubahan dalam institusi dan mengelola aspek sosial politik dan budaya masyarakat (suportif, direktif, partisipatif dan orientasi prestasi)
3. Kemampuan pelaksanaan Manajemen Strategik yang diaplikasikan ke dalam rencana strategik dengan variabel: perumusan visi-misi-tujuan, kajian faktor eksternal dan internal lembaga, isu strategik/pengembangan, strategi umum, bisnis dan fungsional, penerapan strategi dan rencana pelaksanaan), Manajemen Perubahan (penanganan perubahan reaktif dan proaktif) dan Manajemen Konflik yaitu bentuk manajemen konflik (stimulasi/penekanan/penyelesaian) dan metode yang digunakan.

Manfaat

Hasil kajian diharapkan dapat bermanfaat untuk:

1. Pemerintah Daerah: yaitu membantu daerah untuk mengembangkan sistem kesehatan kabupaten/kota dengan semangat otoda namun tetap tidak melupakan tujuan normatif sistem pelayanan kesehatan
2. Sektor Kesehatan: yaitu memberikan masukan kepada Depkes dan pengambil kebijakan lainnya tentang desentralisasi sektor kesehatan
3. Institusi Penelitian: mengembangkan penelitian dalam hal ini desentralisasi kesehatan yang bersifat *Client Oriented Research Activities* (CORA).

BAHAN DAN CARA

Penelitian ini adalah penelitian eksploratif dengan melakukan analisis situasi pada aspek sumber daya manusia dalam pembangunan kesehatan. Hasil analisis diharapkan sebagai masukan untuk desain model sistem kesehatan kabupaten/kota dalam pelaksanaan desentralisasi kesehatan di era otonomi daerah.

Penelitian dilakukan di Kabupaten Lombok Barat dan Kabupaten Lombok Timur di provinsi Nusa Tenggara Barat. Di tiap kabupaten/kota dipilih sebagai responden adalah SDM di Dinas Kesehatan, 2 (dua) Puskesmas, Rumah Sakit Umum kabupaten/kota.

Tabel 1. Responden sebagai sasaran penelitian di kabupaten Lombok Barat dan Lombok Timur, provinsi Nusa Tenggara Barat, Tahun 2002

No.	Tingkat pemerintahan	Responden Sasaran penelitian
1	Kabupaten	Kepala Dinas Kesehatan + Ka TU & Ka Subdin dan Direktur Rumah Sakit + Wadir/Si Pelayanan Medis & Perawatan + Ka TU
2	Kecamatan	Kepala Puskesmas

Data dikumpulkan dengan cara mengisi angket, wawancara mendalam, dan pengamatan data sekunder. Kajian ini sebenarnya dilakukan dalam tiga tahapan dan tahun ini merupakan tahun yang pertama. Langkahnya adalah sebagai berikut.

- a. Tahap I (tahun pertama): Analisis situasi pada komponen sumber daya manusia meliputi aspek kemampuan dalam manajerial, kepemimpinan dan entrepreneurship dengan perumusan alternatif solusi dalam menuju suatu pola/sistem kesehatan daerah (Kabupaten/Kota).
- b. Tahap II (tahun kedua): Implementasi alternatif solusi
- c. Tahap III (tahun ketiga): Monitoring dan evaluasi dari implementasi alternatif solusi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Analisis dilakukan terhadap angket yang diisi oleh 35 responden di Dinas

Kesehatan, Puskesmas, dan Rumah sakit di daerah penelitian. Analisis dilakukan juga terhadap dokumen rencana strategis institusi dan membandingkannya dengan normatif yang dibuat oleh tim peneliti.

Karakteristik Responden

Karakteristik responden (tabel 2) menunjukkan bahwa 65,7% responden berjenis kelamin laki-laki, 45,7%

Tabel 2. Tabulasi frekuensi distribusi karakteristik responden di provinsi Nusa Tenggara Barat, Tahun 2002

No.	Variabel	Frekuensi	%
1	Jenis kelamin: - Laki-laki - Perempuan	23 12	65,7 34,3
2	Tingkat Pendidikan: - < S1 - S1 - S2	13 16 6	37,1 45,7 17,1
3	Usia Responden: - 30 tahun - > 30 tahun	3 32	6,6 91,4
4	Pemah/tidak diklat: - Pernah dapat diklat penjenjangan - Belum pernah diklat penjenjangan	11 24	31,4 68,6

berpendidikan S1 dan 91,4% berusia ≥ 30 tahun serta belum pernah mendapatkan pendidikan atau pelatihan administratif/ penjenjangan seperti Adum, Sepala, Spama, sebesar 68,6%.

Kemampuan Entrepreneurship, Leadership dan Manajerial

Secara keseluruhan, gambaran kemampuan entrepreneurship, leadership dan manajerial terlihat dalam tabel 3 yaitu 51,4% responden mempunyai kemampuan entrepreneurship yang kurang, demikian pula 62,9% responden mempunyai kemampuan leadership kurang dan 80% memiliki kemampuan manajerial kurang.

Tabel 3. Tabulasi frekuensi kemampuan leadership, entrepreneurship dan manajerial responden di provinsi Nusa Tenggara Barat, Tahun 2002

No.	Variabel	Frekuensi	%
1	Leadership: - Kurang - Baik	22 13	62,9 37,1
2	Entrepreneurship: - Kurang - Baik - Missing	18 16 1	51,4 45,7 2,9
3	Manajerial: - Sangat Kurang - Kurang - Baik	5 23 7	14,3 65,7 20,0

Pada tabel 4, didapatkan gambaran bahwa kemampuan entrepreneurship dalam pemasaran dari 77,1% responden masih kurang; juga 85,8% responden memiliki tingkat optimisme (rasa percaya diri) yang kurang demikian pula 74,3% responden kemampuan berorientasi

pada hasil dan tugas masih kurang dan ternyata kemampuan untuk berani mengambil resiko sebanyak 71,4% responden masih kurang. Tetapi ternyata ada 60% responden memiliki kemampuan lobi dan negosiasi yang baik.

Tabel 4. Tabulasi frekuensi beberapa komponen entrepreneurship responden di provinsi Nusa Tenggara Barat, Tahun 2002

No.	Komponen	Frekuensi	%
1	Pemasaran:		
	- Kurang	27	77,1
	- Baik	7	20,0
	- Missing	1	2,9
2	Optimisme/Percaya Diri:		
	- Kurang	30	85,8
	- Baik	5	14,3
3	Orientasi Tugas-Hasil:		
	- Kurang	26	64,3
	- Baik	9	25,7
4	Keberanian Ambil Resiko:		
	- Kurang	25	1,4
	- Baik	10	28,6
5	Lobi-Negosiasi:		
	- Kurang	14	40,0
	- Baik	21	60,0

Bila dilihat komponen kemampuan leadership, maka terlihat dalam tabel 5, bahwa kemampuan memberi arahan (direktif) dari 54,3% responden dan kemampuan berpartisipasi dalam tugas

dari 57,1% responden ternyata baik. Sedangkan kemampuan memberi motivasi (suportif) dari 80% responden masih kurang demikian juga kemampuan berorientasi prestatif dari 65,7% responden.

Tabel 5. Tabulasi frekuensi beberapa komponen leadership dari responden di provinsi Nusa Tenggara Barat, Tahun 2002

No.	Komponen	Frekuensi	%
1	Direktif:		
	- Kurang	16	45,7
	- Baik	19	54,3
2	Suportif:		
	- Kurang	28	80,0
	- Baik	7	20,0
3	Partisipatif:		
	- Kurang	15	42,9
	- Baik	20	57,1
4	Orientasi Prestatif:		
	- Kurang	23	65,7
	- Baik	22	34,3

Jika kemudian dilihat pada kemampuan manajerialnya terutama pada komponen mengelola perubahan dan mengelola konflik maka gambarannya adalah 51,4% responden mempunyai kemampuan mengelola perubahan yang baik, sedangkan 91,5% responden mempunyai kemampuan mengelola konflik yang masih kurang. (tabel 6).

Tabel 6. Tabulasi frekuensi beberapa komponen manajerial dari responden di provinsi Nusa Tenggara Barat, Tahun 2002

No.	Komponen	Frekuensi	%
1	Mengelola Perubahan: - Kurang - Baik	16	48,6
		19	51,4
2	Mengelola Konflik: - Kurang - Baik	32	91,5
		3	8,5

Jika kemampuan entrepreneurship, leadership dan manajerial dihubungkan dengan keikutsertaan responden dalam diklat penjenjangan seperti Adum, Sepala, Spama, maka dapat dilihat gambarannya dalam tabel 7 berikut ini.

Untuk kemampuan entrepreneur ship terlihat bahwa 62,5% kurang kemampuannya pada responden yang pernah diklat dibandingkan pada 18,0% yang belum pernah ikut diklat. Demikian pula pada 72,7% responden yang belum pernah diklat mempunyai kemampuan leadership yang kurang dibanding 58,3% yang pernah diklat.

Kemampuan manajerial yang dimaksud dalam tabel 7 meliputi

manajemen perubahan dan manajemen konflik. Terlihat bahwa 83,4% responden berkemampuan kurang terdapat pada mereka yang pernah ikut diklat penjenjangan dibanding yang belum pernah ikut diklat penjenjangan sebesar 72,7%.

Aplikasi Pemahaman Konsep Manajemen Strategik Melalui Penyusunan Rencana Strategik

Pemahaman terhadap manajemen strategis dinilai dengan menggunakan ukuran normatif sebagaimana yang terdapat dalam tabel 8. Ukuran normatif yang digunakan dalam penelitian ini merujuk beberapa buku Manajemen Strategik, khususnya pelatihan rencana strategik untuk RSUD dari Universitas Gajah Mada, tahun 2000. Walaupun dalam penilaian nanti terlihat bahwa ukuran normatif belum atau tidak tercapai, analisis didasarkan juga pada hasil wawancara mendalam yang dilakukan dengan Kepala Dinas Kesehatan, Direktur Rumah Sakit dan Kepala Puskesmas.

Tabel 7. Tabulasi silang antara kemampuan entrepreneur, leadership dan manajerial dengan keikutsertaan responden dalam diklat di provinsi Nusa Tenggara Barat, Tahun 2002

No.	Diklat Penjenjangan	Kemampuan Entrepreneur		Kemampuan Leadership		Kemampuan Manajerial	
		Kurang	Baik	Kurang	Baik	Kurang	Baik
1	Pemah Ikut Diklat	15 (62,5%)	8 (39,5%)	8 (72,7%)	3 (27,3%)	8 (83,4%)	3 (16,0%)
2	Belum Pernah Ikut Diklat	3 (18%)	14 (16%)	14 (58,3%)	10 (41,7%)	20 (72,7%)	4 (27,3%)

Tabel 8. Aspek yang diukur tentang pemahaman konsep manajemen strategik secara normatif, Tahun 2002

Aspek yang diukur tentang konsep	Normatif
1. Visi	Visi merupakan ide gambaran yang berfokus ke masa mendatang dalam bentuk pernyataan yang mudah diingat
2. Misi	Misi adalah pernyataan organisasi yang mengemukakan keinginannya dalam jangka waktu yang panjang
3. Tujuan	Tujuan adalah upaya menerjemahkan misi organisasi ke dalam bentuk target kinerja yang lebih spesifik dan dapat diukur. Biasanya dijabarkan dalam tujuan jangka panjang, menengah, dan pendek.
4. Kajian Faktor Internal	Kajian faktor kekuatan dan kelemahan organisasi dengan data yang akurat
5 Kajian Faktor Eksternal	Kajian faktor peluang dan ancaman bagi organisasi dengan data yang akurat
6. Isu Pengembangar/ Strategik	Isu pengembangan/strategik merupakan hasil kajian faktor internal dan eksternal baik secara kualitatif maupun kuantitatif. Digunakan sebagai arah pengembangan organisasi dan penetapan strategi
7. Strategi Umum	Strategi umum ditetapkan dengan memperhatikan isu strategik dan umumnya terdiri dari strategi pertumbuhan atau strategi pengurangan kegiatan
8. Strategi Bisnis	Strategi bisnis yang mengacu pada strategi umum terdiri dari <i>Cost Leadership</i> , <i>Differentiation</i> dan <i>Focus</i> .
9. Strategi Fungsional	Strategi fungsional mengacu pada strategi bisnis, dijabarkan menjadi program dan kegiatan dengan pentahapan per tahun, berisi: Tujuan, Uraian Kegiatan, Ukuran Keberhasilan, Rencana Pelaksanaan, Pengendalian & Evaluasi
10. Penerapan Strategi	Dengan sebelumnya melakukan analisis sumber daya manusia, analisis keuangan dan analisis terhadap struktur organisasi
11. Rencana Pelaksanaan	Dilengkapi dengan rencana pengendalian penerapan strategi (Format dan kandungan materinya) Juga penjadwalan pelaksanaan pengendalian tersebut

1. Dinas kesehatan

Didapatkan bahwa kepala dinas kesehatan dan staf telah faham tentang manajemen strategis, namun di dalam aplikasi kedalam rencana strategis masih ada yang belum tersurat secara jelas dan sepertinya hilang kaitan benang

merahnya. Demikian pula halnya dengan di rumah sakit, direktur dan staf telah faham tentang manajemen strategis. Sedangkan untuk puskesmas belum dianjurkan untuk membuat perencanaan berpola pikir renstra, sehingga program dan kegiatan masih berpola pikir lama.

Gambaran pemahaman manajemen strategik dari Dinas Kesehatan seperti yang terlihat dalam tabel 9 menunjukkan bahwa ukuran normatif yang digunakan mungkin belum tepat sehingga hasil penelitian menunjukkan bahwa pemahaman manajemen strategik belum baik. Tetapi hal ini disebabkan karena di Kabupaten Lombok Barat (Lobar) dan Lombok Timur (Lotim) menggunakan kriteria Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah sebagai

panduan menyusun rencana strategi, sehingga tidak menyebutkan strategi umum, bisnis dan fungsional, tetapi kebijakan, program dan kegiatan dengan pentahapan per tahun. Kegiatan per tahun ini menjadi rencana operasional atau tahunan pada tahun berjalan dan diterjemahkan oleh setiap subdin untuk dilaksanakan. Puskesmas menerjemahkan kegiatan setiap subdin pada tahun berjalan tersebut ke dalam rencana operasionalnya.

Tabel 9. Pemahaman tentang Konsep Manajemen Strategik Dibandingkan dengan yang Normatif di Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat dan Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur, Provinsi Nusa Tenggara Barat, Tahun 2002

Aspek yang diukur	Normatif	Kabupaten Lombok Barat	Kabupaten Lombok Timur
1. Visi	Visi merupakan ide gambaran yang berfokus ke masa mendatang dalam bentuk pernyataan yang mudah diingat	Ada, normatif	Ada, normatif
2. Misi	Misi adalah pernyataan organisasi yang mengemukakan keinginannya dalam jangka waktu yang panjang	Ada, normatif	Ada, normatif
3. Tujuan	Tujuan adalah upaya menerjemahkan misi organisasi ke dalam bentuk target kinerja yang lebih spesifik dan dapat diukur. Biasanya dijabarkan dalam tujuan jangka panjang, menengah dan pendek.	Ada, belum normatif	Tidak ada, langsung ke sasaran
4. Kajian Faktor Internal	Kajian faktor kekuatan dan kelemahan organisasi dengan data yang akurat	Ada, data (-) Belum normatif	Ada, data (-) Belum normatif
5. Kajian Faktor Eksternal	Kajian faktor peluang dan ancaman bagi organisasi dengan data yang akurat	Ada, data (-) Belum normatif	Ada, data (-) Belum normatif

Lanjutan Tabel 9

Aspek yang diukur	Normatif	Kabupaten Lombok Barat	Kabupaten Lombok Timur
6. Isu pengembangan/strategik	Isu pengembangan/strategik merupakan hasil kajian faktor internal dan eksternal baik secara kualitatif maupun kuantitatif. Digunakan sebagai arah pengembangan organisasi dan penetapan strategi	Tersirat dalam kunci keberhasilan Belum normatif	Tersirat dalam strategi Tidak normatif
7. Strategi Umum	Strategi umum ditetapkan dengan memperhatikan isu strategik dan umumnya terdiri dari strategi pertumbuhan atau strategi pengurangan kegiatan	Tersirat melalui kebijakan Belum normatif	Strategi disebutkan sebagai "Penurunan AKI & AKB" Belum normatif
8. Strategi Bisnis	Strategi bisnis yang mengacu pada strategi umum terdiri dari <i>Cost Leadership</i> , <i>Differentiation</i> dan <i>Focus</i> .	Tersirat melalui program Belum normatif	Dibuat Program sesuai kebijakan dan berdasarkan urutan prioritas Belum normatif
9. Strategi Fungsional	Strategi fungsional mengacu pada strategi bisnis, dijabarkan menjadi program dan kegiatan dengan pentahapan per tahun, berisi: Tujuan, Uraian Kegiatan, Ukuran Keberhasilan, Rencana Pelaksanaan, Pengendalian & Evaluasi	Tersirat melalui kegiatan Belum normatif	Kegiatan dibuat oleh masing-masing Subdin Belum normatif
10. Penerapan Strategi	Dengan sebelumnya melakukan analisis sumber daya manusia, analisis keuangan dan analisis terhadap struktur organisasi	Tidak dilakukan	Tidak dilakukan

Tujuan sebagai perwujudan pencapaian misi belum disebutkan karena langsung diterjemahkan sebagai tujuan dalam program dan kegiatan, hanya saja belum spesifik dan dapat diukur. Sebaiknya tujuan disebutkan sebagai upaya menerjemahkan misi ke dalam sesuatu yang operasional dan melalui kajian faktor internal dan

eksternal ditemukan isu strategis yang mendukung tercapainya tujuan tersebut. Berdasarkan isu strategis tersebut strategi ditetapkan sehingga terlihat runtutan pola pikir yang strategik khususnya dalam menghadapi berbagai perubahan eksternal yang cepat sekali terjadi. Terlihat bahwa pada isu strategik atau pengembangan masih ada

kelemahan untuk dapat dipakai sebagai dasar penetapan strategi. Misalnya penetapan isu strategik di Lobar masih secara subyektif karena belum disebutkan data pendukung (*fact based*) dalam kajian faktor internal dan eksternal organisasi. Apabila istilah strategi umum, bisnis dan fungsional analog dengan kebijakan, program dan kegiatan, maka pola pikir strategik sudah dimiliki Dinas Kesehatan Lobar dan Lotim. Hanya saja perlu diperkuat dalam melakukan kajian faktor internal dan eksternal dengan penentuan isu strategik secara kuantitatif untuk lebih menjelaskan secara tepat arah strategi atau kebijakan.

Disamping itu secara eksplisit analisis sumber daya manusia, keuangan dan struktur organisasi belum dilakukan padahal diperlukan untuk menjelaskan apakah strategi yang ditetapkan (strategi fungsional khususnya dalam hal ini program dan kegiatan) dapat diterapkan pada kondisi organisasi yang demikian. Hal ini justru sangat penting dalam menjawab apakah renstra dapat dilaksanakan atau mungkin diperlukan melakukan beberapa alternatif yaitu perubahan

strategi, penambahan fungsi karena struktur organisasi yang belum memungkinkan, penambahan tenaga atau pembentukan aliansi dan kerjasama lainnya atau mungkin juga pemangkasan atau penambahan anggaran.

Dalam dokumen renstra sebaiknya menyebutkan rencana pengendalian penerapan strategi dan penjadwalannya. Karena dengan pengendalian setiap 3 bulan misalnya akan memudahkan penyusunan Lakip pada akhir tahun.

2. Puskesmas

Hasil kajian menemukan bahwa Puskesmas belum membuat rencana strategik karena kegiatannya berkaitan dengan program yang ada di Dinas Kesehatan. Tetapi ada Puskesmas yang mencoba membuat visi dan misi serta mengkaji data internal dan eksternal baru setelah itu menurunkan program dari renstra Dinas Kesehatan. Walaupun renstra sesuai dengan peraturan yang berlaku dibuat oleh eselon dua, tetapi sebaiknya Puskesmas membuat perencanaan dengan menggunakan pola pikir manajemen strategis sehingga dapat menemukan program dan kegiatan yang *local spesific*.

Tentang hal ini Kepala Dinas Kesehatan Masyarakat kabupaten Lombok Barat menyatakan bahwa masih ada pemahaman yang kurang

tentang manajemen strategik pada manajer menengah. Karena renstra seharusnya mengkerucut dalam penyusunannya sejak menetapkan visi, misi, tujuan, kebijakan, program, dan kegiatan. Ini akan *reasonable* berdasarkan perencanaan yang *local specific* mulai dari kabupaten sampai kecamatan, desa atau kelurahan (dalam hal ini Puskesmas). Tetapi yang terjadi saat ini, justru penterjemahan dari program ke kegiatan dilakukan oleh pelaksana program (Subdin) tanpa analisis keuangan dan hanya menggunakan data tahun lalu saja. Ada rencana akan dilakukan pelatihan tentang Manajemen Strategik dan Perencanaan Strategik untuk staf Dinkes dan Puskesmas sehingga punya pemahaman yang sama dan biayanya sudah disetujui Pemerintah Kabupaten.

Sedangkan kepala Dinas Kesehatan kabupaten Lombok Timur menyatakan bahwa untuk Puskesmas di tahun 2001 dan 2001 masih mengikuti pola lama yaitu langsung menyusun program dan kegiatan sesuai kebijakan Dinkes sehingga tidak *local specific*. Pada tahun 2003, Puskesmas diminta membuat rencana yang *local specific* dengan gaya renstra dan diharapkan Oktober 2002 sudah jadi. Sebenarnya diinginkan pelatihan untuk penyamaan persepsi dengan pola pikir manajemen strategik dalam membuat

perencanaan, tetapi terbentur biaya.

3. Rumah Sakit Umum Kabupaten

Di kabupaten Lombok Barat belum ada Rumah Sakit Umum, sehingga yang dianalisis hanya di kabupaten Lombok Timur yaitu Rumah Sakit Umum Sudjono - Selong. Pemahaman Manajemen Strategis di Rumah Sakit Umum (RSU) Sudjono Selong Kabupaten Lombok Timur melalui penyusunan rencana strategis rumah sakit tergambar seperti pada tabel 11 di bawah ini.

Rumah sakit ini menggunakan kriteria Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah sebagai panduan menyusun rencana strategi, sehingga tidak menyebutkan strategi umum, bisnis dan fungsional, tetapi kebijakan, program dan kegiatan dengan pentahapan per tahun sama seperti di Dinas Kesehatan kabupaten Lobar dan Lotim. Kegiatan per tahun ini seharusnya menjadi rencana operasional atau tahunan pada tahun berjalan dan diterjemahkan oleh setiap bagian dan instalasi untuk dilaksanakan tetapi ternyata belum dilaksanakan sebagaimana yang diharapkan.

Pola pikir strategik sudah dimiliki RSU Sudjono Selong. Hanya saja perlu diperkuat dengan melakukan kajian faktor internal dan eksternal dengan penentuan isu strategik secara kuantitatif untuk lebih menjelaskan arah strategi atau

kebijakan. Isu strategik terlihat masih ada kelemahan untuk dapat dipakai sebagai dasar penetapan strategi. Karena penetapan isu strategik tersebut secara subyektif dan belum disebutkan data pendukung (*fact based*) dalam kajian faktor internal dan eksternal organisasi.

Sama seperti di Dinas Kesehatan, ada beberapa komponen dari rencana strategis yang belum

optimal seperti penterjemahan misi dalam tujuan yang spesifik dan dapat diukur. Demikian pula pelaksanaan analisis sumber daya manusia, keuangan dan struktur organisasi belum dilakukan, termasuk rencana pengendalian penerapan strategi dan penjadwalannya yang seharusnya tercantum dalam dokumen renstra RSU.

Tabel 11. Pemahaman tentang konsep manajemen strategik dibanding dengan yang normatif di Rumah Sakit Umum (RSU) "Sudjono" Selong kabupaten Lombok Timur, provinsi Nusa Tenggara Barat, Tahun 2002

Aspek yang diukur	Normatif	RSU Sudjono Kabupaten Lombok Timur
1. Visi	Visi merupakan ide gambaran yang berfokus ke masa mendatang dalam bentuk pernyataan yang mudah diingat	Ada, <i>normatif</i>
2. Misi	Misi adalah pernyataan organisasi yang mengemukakan keinginannya dalam jangka waktu yang panjang	Ada, <i>normatif</i>
3. Tujuan	Tujuan adalah upaya menerjemahkan misi organisasi ke dalam bentuk target kinerja yang lebih spesifik dan dapat diukur. Biasanya dijabarkan dalam tujuan jangka panjang, menengah dan pendek.	Tidak disebutkan
4. Kajian Faktor Internal	Kajian faktor kekuatan dan kelemahan organisasi dengan data yang akurat	Ada, data (-) <i>Belum normatif</i>
5. Kajian Faktor Eksternal	Kajian faktor peluang dan ancaman bagi organisasi dengan data yang akurat	Ada, data (-) <i>Belum normatif</i>
6. Isu Pengembangan/Strategik	Isu pengembangan/strategik merupakan hasil kajian faktor internal dan eksternal baik secara kualitatif maupun kuantitatif. Digunakan sebagai arah pengembangan organisasi dan penetapan strategi	Ada, data (-) <i>Belum normatif</i>
7. Strategi Umum	Strategi umum ditetapkan dengan memperhatikan isu strategik dan umumnya terdiri dari strategi pertumbuhan atau strategi pengurangan kegiatan	Ada, yaitu strategi pengembangan <i>Belum normatif</i>

Lanjutan Tabel 11

Aspek yang diukur	Normatif	RSU Sudjono Kabupaten Lombok Timur
8. Strategi Bisnis	Strategi bisnis yang mengacu pada strategi umum terdiri dari <i>Cost Leadership</i> , <i>Differentiation</i> dan <i>Focus</i> .	Tidak ada, karena strategi umum langsung diterjemahkan menjadi program dan kegiatan <i>Tidak normatif</i>
9. Strategi Fungsional	Strategi fungsional mengacu pada strategi bisnis, dijabarkan menjadi program dan kegiatan dengan pentahapan per tahun, berisi: Tujuan, Uraian Kegiatan, Ukuran Keberhasilan, Rencana Pelaksanaan, Pengendalian & Evaluasi	Tidak ada, karena strategi umum langsung diterjemahkan menjadi program dan kegiatan <i>Tidak normatif</i>
10. Penerapan Strategi	Dengan sebelumnya melakukan analisis sumberdaya manusia, analisis keuangan dan analisis terhadap struktur organisasi	Tidak dilakukan
11. Rencana Pelaksanaan	Dilengkapi dengan rencana pengendalian penerapan strategi (Format dan kandungan materinya) Juga penjadwalan pelaksanaan pengendalian tersebut	Tidak dilakukan

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil kajian dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut.

1. Kemampuan *entrepreneurship* 51,40% responden masih kurang, meliputi komponen-komponen pemasaran, optimisme, keberanian mengambil resiko, dan orientasi terhadap hasil tugas.
2. Kemampuan *leadership* 62,90% responden masih kurang, terutama untuk komponen suportif dan orientasi prestatif.
3. Kemampuan manajerial terutama untuk komponen mengelola konflik sebagian besar (80,0%) responden

masih kurang. Sedangkan untuk komponen aplikasi dari manajemen strategik melalui rencana strategik (Renstra) belum normatif sebagaimana yang diharapkan.

4. Keterbatasan dalam penelitian ini berkaitan dengan pengukuran kemampuan responden pada ketiga aspek yang dilakukan dengan teknik angket bukan dengan observasi, dan pengukurannya dilakukan pada komponen konatif dari aspek sikap

Disarankan untuk melakukan tindak lanjut dari kajian ini dengan melaksanakan *Capacity Building* melalui pelatihan khususnya pada komponen pemasaran dalam kemampuan *entrepreneurship* dan

melakukan penyegaran kembali secara aplikatif dari manajemen strategis dalam penyusunan rencana strategis institusi.

DAFTAR PUSTAKA

- Abisujak, (1990). *Kepemimpinan Manajer Pusklat*. Jakarta. Depdikbud.
- Bill Scott, (1984). *Strategi & Teknik Negosiasi*. Jakarta. Pustaka Binoman Pressindo.
- Bossert, T (2001). *Decentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation and Performance*, Cambridge, Harvard University.
- Departemen Kesehatan RI. *Modul Pelatihan Desentralisasi Pelayanan Kesehatan Indonesia*.
- Lombok Timur. Dinas Kesehatan Kabupaten 2001. *Laporan Tahunan Tahun 2001*, Lombok Timur.
- Gani A, 2000. *Pelayanan Kesehatan di Era Desentralisasi*, Makalah Seminar Pelayanan Kesehatan di Era Otda.
- Meredith Geoffrey G, (et al.) 1984. *Kewirausahaan, Teori & Praktek*. Jakarta. PT Pustaka Binoman Pressindo.
- James J Cribbin, 1998. *Leadership Strategies for Organizational Effectiveness*. USA: Amacom.
- Liberman SS & Marzoeki, 1999. *Health Strategy in a Post-Crisis, Decentralizing Indonesia*, s.e.: World Bank Paper.
- Clarke Liz, 1999. *The Essence of Change Management*. Yogyakarta: Andi.
- Medika Online, 2000. Desentralisasi Kesehatan, Implementasi dan Konsekuensinya. *Medika, Mei*.
- Murray & Frank, 2000. *Measuring Health System Performance*, Geneva: World Health Organization.
- Lombok Timur. Dinas Kesehatan Kabupaten, 2001. *Profil Kesehatan Kabupaten Lombok Timur*, 2001. Lombok Timur.
- Puslitbang Yan.Tek.Kes, 2001. *Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota Tantangan dan Kebutuhan Sumber Daya Manusia*. Materi Lokakarya, Surabaya.
- Syaukani, Gaffar Affan, & Rasyid Ryaas, 2002. *Otonomi Daerah dalam Negara Kesatuan*. Yogyakarta: Pusat Kajian Etika Politik dan Pemerintahan dengan Pustaka Pelajar. Yogyakarta.
- Undang-Undang No 22/1999: *Tentang Pemerintahan Daerah*, Lembaran Negara No. 3839.
- Undang-Undang No 25/1999: *Tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah*, Lembaran Negara No. 3848.

Kelembagaan dan Pengembangan
PERPUSTAKAAN